参考様式

指定の有効期間に関する申出書

令和　　　年　　　月　　　日

長柄町長　様

申請者 住　　　所

名　　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（法人にあっては、主たる事業所所在地、名称及び代表者氏名）

下記１の事業の指定の有効期間の終了日について、下記２の事業（本体事業所）の指定の有効期間の終了日と同日とすることを希望します。

記

１（申請する指定事業所）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |
| サービス種類 | 訪問型サービス　・　通所型サービス |

２（指定事業所と一体的に運営する、訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護事業所）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |
| サービス種類 | 訪問介護　・　通所介護　・　地域密着型通所介護 |
| 指定の有効期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（終了日） |